

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

116

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 Décembre 1904, à 1 heure

PAR

L. SERRE

Ancien externe des Hôpitaux
Né à Cheylade (Cantal)

**Epithélioma Primitif et Secondaire
de l'Oreille Externe en général
et de son Traitement en particulier**

Président : M. LE DENTU, professeur
Juges : { *MM. RAYMOND, professeur*
BUDIN, professeur
MÉRY, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIASDUVAL
Opérations et appareils.....		RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		GILBERT.
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
Maladies des enfants.....		DEBOVE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		LANDOUZY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		JOFFROY.
Clinique chirurgicale.....	}	GAUCHER.
		RAYMOND
Clinique ophtalmologique.....		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		TILLAX.
Clinique d'accouchements.....	}	TERRIER.
		BERGER.
Clinique gynécologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique chirurgicale infantile.....		GUYON.
	}	BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat)
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

Nous sommes heureux d'adresser ici nos sincères
remerciements et l'expression de notre profonde
reconnaissance

A TOUS NOS MAITRES

A MONSIEUR MAUCLAIRE

Professeur agrégé
Chirurgien des hôpitaux

Qui a inspiré ce travail.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DENTU

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
Professeur de clinique chirurgicale.

Épithélioma Primitif et Secondaire de l'Oreille Externe en général et de son Traitement en particulier

INTRODUCTION

Le professeur Duplay écrivait en 1875 : « Le cancer du pavillon de l'oreille est assez rare si l'on s'en rapporte au silence gardé par les auteurs ». Il semble que, depuis le jour où a été formulé ce jugement, la question n'a guère avancé. Les classiques et les mémoires récents sont très brefs sur l'épithélioma de l'oreille, et particulièrement sur celui du *conduit auditif externe*, qui n'a jamais été jusqu'ici l'objet d'un travail spécial, et dont nous rapportons plusieurs observations. Faut-il conclure de ce manque de développement et de publication à la rareté extrême de cette néoplasie ? En réalité les cas en sont plus nombreux que la littérature semble l'indiquer, et s'ils demeurent inconnus, la faute en est surtout aux chirurgiens, aux yeux desquels, ils ne présentent pas un intérêt assez vif, pour mériter une description.

Ce désintéressement s'explique en partie par ce fait, que, jusqu'en ces derniers temps, les opérations pratiquées sur l'oreille externe, trop parcimonieuses, étaient rarement suivies de succès. Obligé d'assister impuissant aux progrès d'un mal qui renaissait exaspéré sous le tranchant du bistouri, le chirurgien perdait l'espoir de vaincre un ennemi dont il ignorait tout le champ d'action. Les progrès réalisés depuis par la chirurgie ont accru considérablement ses chances de succès. Enhardi et mieux éclairé sur la voie de propagation du néoplasme, l'opérateur a pu tailler plus largement et plus sûrement, circonscrire entièrement les tissus lésés et assurer des survies inespérées.

La radiothérapie de son côté semble donner de grandes espérances ; quelques cas de guérison ont été publiés ; cette guérison sera-t-elle définitive ? Les expériences sont encore trop récentes pour l'affirmer.

Et en attendant que se révèle « le mystérieux sérum » depuis quelque temps annoncé ; nous restons, avec nombre de chirurgiens, fidèles au bistouri, et estimons que tout l'espoir du malade réside dans une intervention précoce, large, anatomique, dont nous nous efforcerons dans ce travail de préciser la technique, après quelques considérations sur la nature, les caractères et l'évolution de cette maladie.

HISTORIQUE

La première publication de cancer de l'oreille fut faite en 1833 par le *Trans. of medic. and physic. soc. of Calcutta*, et en mai 1834 par *The American Journal*.

Kramer, en 1848, rapporte une observation qui remonte à 1804, et qui est due à Fischer ; il consacre quelques mots à l'étiologie de cette affection.

Sédillot, dans le *Compte-rendu de l'Académie des sciences*, 25 juillet 1859, cite l'observation d'un malade qui, âgé de 55 ans, avait eu la totalité du pavillon de l'oreille détruite en moins de trois semaines par un cancroïde à marche aiguë ; le conduit auditif allait être envahi, lorsque ce chirurgien se hâta d'arrêter le mal en cautérisant à plusieurs reprises, avec le fer rouge, les parties ulcérées,

Cinq ans plus tard, Velpeau publia, dans la *Gazette des hôpitaux*, son cas de cancer à forme encéphaloïde du pavillon de l'oreille, et en 1869, Demarquay, dans la même revue, publia une nouvelle observation.

La même année, Buisson fait paraître, dans *Montpellier médical*, un article intitulé : « *De l'amputation*

du pavillon de l'oreille », où il prétend « que cette affection est moins rare que ne le ferait supposer la pénurie des descriptions qui la constatent ; nous l'avons observé, dit-il, nombre de fois, tantôt comme le résultat de propagations morbides de lésions de cette nature, développées dans les environs de l'oreille, notamment de la région parotidienne ; tantôt, et c'est le point qui nous intéresse, comme provenance directe, ayant débuté et s'étant fixée dans la région même du pavillon ».

Bonnefont, en 1873, dit aussi que « les cancroïdes du pavillon de l'oreille ne sont pas rares ».

Malgré les assertions de ces auteurs, les observations d'épithélioma de l'oreille externe étaient fort peu nombreuses. Aussi Duplay, en 1875, en rapportant un cas nouveau, résume-t-il l'opinion du moment, et conclut à la rareté du cancer de l'oreille.

John Roosa, en 1876, ne nous renseigne guère mieux que ses devanciers. Il cite un cas d'épithélioma du pavillon qui avait envahi le conduit auditif, mais il perdit de vue le patient. Il cite, en même temps le Dr Orne Green de Boston comme en ayant rapporté un cas.

En 1879 Lafargue, et 3 ans après Treillet, dans leur thèse, en mentionnent chacun deux cas nouveaux.

Mais presque toutes ces observations concernent le pavillon de l'oreille, et il faut arriver à ces dernières années pour en trouver du conduit auditif externe. Les otologistes en particulier, comme on pourra s'en rendre compte dans notre bibliographie,

dans les divers congrès qu'ils ont tenus, en ont rapporté des cas multiples. Et l'on peut dire que l'épithélioma, soit primitif, soit secondaire, envahit toutes les régions de l'oreille externe.

ETIOLOGIE

L'étiologie de l'épithélioma de l'oreille est aussi obscure qu'elle l'est dans la pathologie générale des tumeurs. Cependant, en examinant de près les observations publiées, on peut y noter : 1° *des causes générales* ; 2° *des causes locales*.

Parmi les premières, nous citerons l'âge, le sexe, l'hygiène, la constitution, l'hérédité.

Au point de vue de l'âge, on peut dire que le cancer de l'oreille est une maladie de l'âge mûr, entre 50 et 70 ans. Il est exceptionnel avant 30 ans, rare avant 40 ans.

Presque toutes les observations publiées ont trait à des hommes. Cependant chez la femme, ce ne sont pas les causes d'irritation qui manquent, étant donné l'usage de porter des boucles d'oreilles, quelquefois lourdes, qui irritent et ulcèrent le lobule. Peut-être en est-il du pavillon de l'oreille comme

des lèvres et de la langue, c'est-à-dire, que, là aussi, la femme jouirait d'une immunité relative vis-à-vis de l'épithélioma.

Kramer avait vu une des conditions de son développement dans la malpropreté, et les grattages plus ou moins septiques, dans une nourriture malsaine, des aliments âcres, irritants. Ces propositions nous semblent exagérées ; nous voyons cette maladie s'attaquer à toutes les classes de la société ; cependant la malpropreté et le grattage favorisent le développement de l'eczéma qui, comme nous le verrons, semble fournir un terrain tout préparé à cette affection.

L'arthritisme, l'herpétisme (Obs. XI), l'otorrhée chronique (Obs. VII), se rencontrent souvent dans les antécédents du malade.

Quant à l'hérédité, bien qu'elle doive être prise en sérieuse considération, elle manque de preuves ; et il serait à souhaiter que cette notion soit moins répandue dans le public, afin de ne pas affliger encore ceux qui ont vu l'un des leurs enlevé par cette cruelle maladie.

Parmi les *causes locales*, nous citerons en premier lieu l'eczéma. Buisson, qui a vu cette origine, écrivait : « Une part étiologique importante doit être faite à l'eczéma simple ou impétigineux, permanent ou à répétition, surtout lorsque la surface du pavillon est irritée par des pansements excitants, par des cautérisations incomplètes, ou simplement par l'action des ongles sollicitées par d'insupportables déman-

geaisons ». Pour son malade, en effet, il semble bien que le cancer ait évolué sur l'eczéma ; il en est de même du cas de Kramer, de Treillet, d'Orne Green, de Krepuska (Obs. II).

A côté de l'eczéma, il faut également accorder une mention spéciale au *psoriasis*, qui précède parfois le développement du néoplasme, ainsi que le prouve le fait rapporté par Tédénat (*in* thèse de Treillet).

Les *gerçures* du pavillon de l'oreille, qui persistent à l'état chronique, les raghades, semblent aussi favoriser l'implantation du cancer. Celui-ci peut même se greffer sur une plaie survenue à la suite d'un traumatisme, comme le signale Trunecek (Obs. V).

Le *lupus* offre tout particulièrement un terrain favorable au développement de l'épithélioma. Devergie en 1854 l'avait déjà signalé. Ce fait est souvent constaté à l'hôpital Saint-Louis. L'observation de Morestin, relatée dans le *Bulletin de société de chirurgie*, 1901, en est un frappant exemple. Et, chose intéressante, le néoplasme peut s'associer au lupus et évoluer en même temps. La marche en est plus rapide et la tendance à la récurrence plus grande ; c'est une forme particulièrement maligne.

Nous devons mentionner enfin les lésions acquises non inflammatoires, comme le *naevus*, le *molluscum fibrosum*, qui sont cependant rares à l'oreille, les verrues, les papillomes (Obs. VI) qui, surtout chez les vieillards malpropres, peuvent subir la dégénérescence épithéliomateuse. On a vu des cas où une ancienne *cicatrice* a été le point de départ du néoplasme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. — Au niveau de l'oreille, comme ailleurs, l'*épithélioma* revêt deux formes : la *forme pavimenteuse* et la *forme cylindrique*.

1° L'*épithélioma pavimenteux* a son type dans le cancroïde, qui est le plus fréquent à l'oreille. Il est lobulé ou tubulé.

L'*épithélioma lobulé* est caractérisé par la disposition des masses néoplasiques en lobules, où les couches cellulaires montrent, de la périphérie au centre, une évolution semblable à celle de l'épithélium cutané, d'abord cylindriques, puis pavimenteuses, puis cornées et colloïdes.

L'*épithélioma tubulé* a ses cellules disposées en forme de tubes, elles ne présentent pas d'évolution épidermique.

Dans ces épithéliomas pavimenteux l'évolution épidermique peut s'accompagner de kératinisation et présenter la forme *cornée* ;

2° La *forme cylindrique* est plus rare ; son point de départ est ordinairement dans les canaux des glandes sébacées ou sudoripares. Elle est caractérisée

par des tumeurs molles, humides, avec des cavités ampullaires, irrégulières, tapissées par un épithélium cylindrique d'une ou plusieurs couches de cellules allongées, de grand volume, avec un ou plusieurs noyaux. Ces tumeurs subissent fréquemment la fonte muqueuse.

B. — *Le carcinome* est une tumeur dans laquelle les cellules épithéliales sont en voie d'accroissement; ce n'est qu'une variété d'épithélioma diffus, et il rentre dans le cadre de notre étude. Il se présente sous deux formes principales :

1° *La forme encéphaloïde* correspond à une tumeur volumineuse, arrondie, bosselée, vasculaire. A la coupe on trouve un tissu lactescent, analogue à du tissu encéphalique, et sur lequel on peut recueillir un suc blanc laiteux.

2° *La forme squirrheuse* a l'aspect d'un tissu dur, gris, transparent, criant à la coupe.

A l'examen microscopique, on voit de grosses cellules fusiformes à noyau en voie de prolifération excessive, et un stroma très abondant sous forme de travées conjonctives renfermant des vaisseaux.

Autour des bourgeons épithéliaux, le derme fibreux présente les lésions de l'inflammation. Il s'infiltré de cellules fixes et de leucocytes mononucléaires, si l'irritation est très vive on voit des leucocytes multinucléés. Ce sont ces derniers qui, le plus souvent, passent jusque dans l'épithélium, et vont, pour une part, constituer la sécrétion ichoreuse de l'ulcère.

Plus profondément c'est l'hyperplasie fibreuse qui

domine et qui crée l'induration des bords et du fond de l'épithélioma.

SYMPTOMATOLOGIE

Début. — L'épithélioma *primitif du pavillon* de l'oreille se développe fréquemment sur le bord supérieur de l'hélix, ainsi qu'à la surface postérieure de la conque. C'est un fait frappant, que seulement la peau qui recouvre le cartilage du pavillon soit prédisposée à la maladie. Le lobule ne semble presque jamais être le siège primitif du cancer, en dépit de l'habitude très répandue de porter des boucles d'oreilles. Dans quelques observations on a signalé le point de départ au niveau du tragus, ou de l'antitragus.

L'épithélioma primitif débute parfois au niveau de ces croûtes brunâtres, adhérentes, qui portent le nom de crasses des vieillards, et il se présente alors comme une petite fissure, reposant sur une base indurée. Tantôt, il se présente comme une excoriation, d'aspect papillaire, recouverte d'une croûte adhérente.

Rarement la lésion commence dans les parties profondes de la peau ; elle se révèle dans ce cas comme un nodule dur, occupant l'épaisseur du derme ; au-

dessus du nodule, le derme rougit, s'amincit et ne tarde pas à s'ulcérer.

Parfois il débute comme un papillome, formant de petits bourgeons charnus, irréguliers, qui bientôt s'ulcèrent et versent leur détritrus jaunâtre dans les sillons qui les séparent.

Période d'état. — Quelque soit le début, la lésion aboutit de bonne heure à une ulcération à marche progressive. Cette ulcération est le plus souvent sinueuse et comme déchiquetée. Elle est plus ou moins profonde et repose sur un tissu épaissi. Ses bords sont indurés, rugueux, taillés à pic ou éversés, se relevant alors en un bourrelet saillant. Le fond de l'ulcération est tantôt lisse, sans presque pas de pus, recouvert par une croûte mince, tantôt au contraire, il est anfractueux, formé de bourgeons exubérants, et cette surface, rouge ou grisâtre, secrète en abondance une sérosité purulente, d'odeur fétide, qui se dessèche à l'air et qui, mélangée de matières épidermiques et de sang, forme des croûtes noirâtres plus ou moins adhérentes.

L'épithélioma d'abord superficiel envahit les couches profondes et gagne le fibro-cartilage qui, tout en résistant davantage, ne tarde pas à céder; de telle sorte qu'au lieu du pavillon de l'oreille, on voit une vaste surface ulcérée, infundibuliforme, dont le fond est représenté par le conduit auditif recouvert de végétations rougeâtres et saignantes.

L'épithélioma primitif du pavillon peut s'étendre au conduit auditif externe, ainsi qu'aux parties avoi-

sinantes, à la joue, à la parotide, au cuir chevelu ; de même qu'il peut dériver de ces régions. *Secondaire*, en effet, il résulte de la propagation du cancer des parties voisines, et c'est surtout dans ce cas que le lobule est d'abord envahi. Rarement celui du conduit auditif a le temps de se propager au pavillon ; sa propagation s'est d'abord faite vers l'oreille moyenne et a déterminé des accidents mortels.

L'épithélioma *primitif du conduit auditif externe* débute généralement par des granulations, qui siègent surtout sur la paroi antérieure. Ces granulations augmentent de plus en plus de volume et s'ulcèrent fréquemment. Il se produit alors un écoulement d'oreille, qui d'abord faible, augmente avec le progrès du processus morbide et devient finalement très abondant. La sécrétion, souvent sanguinolente et contenant des débris de tissus, est extrêmement fétide. Le développement de ces bourgeons néoplasiques est très rapide et l'on voit bientôt ces masses bourgeonnantes obstruer le conduit auditif.

Secondaire, le cancer du conduit auditif externe provient, soit du pavillon, soit de la caisse du tympan.

La diminution de l'*acuité auditive*, nulle, quand le pavillon seul est atteint, est de règle lorsque le conduit est envahi ; cette surdité résulte, soit de l'oblitération du tympan, soit de la compression des fenêtres du labyrinthe.

La *douleur* est variable ; dans l'épithélioma du pavillon elle fait souvent défaut au début. Le malade

n'éprouve que de petits picotements, puis des déman-geaisons qui deviennent de plus en plus vives ; il ne peut s'empêcher de porter ses doigts sur la tumeur, il l'irrite, la tourmente sans cesse et active son extension. Cependant il arrive un moment où même, dans le cancer du pavillon, les douleurs deviennent très vives ; elles s'irradient vers la nuque ou vers l'épaule. Les nerfs de la région sont atteints à leur tour ; de cruelles névralgies viennent torturer le malade, et bien souvent on voit survenir de la *paralysie faciale*.

L'*amaigrissement* ne tarde pas à se manifester. Ce trouble de la nutrition générale est d'autant plus évident pour le cancer de l'oreille, que les organes de l'appareil de digestion ne sont pas directement affectés. Ceci démontre très bien que le cancer produit un virus et un empoisonnement chronique.

Quand l'épithélioma a envahi le conduit auditif externe, il peut s'étendre très vite jusqu'aux parois osseuses, qu'il détruit, et cette destruction est souvent plus grande que les pires cas de carie et de cholestéatome ; particulièrement frappante est la fréquente participation de la paroi antérieure du conduit auditif externe qui est d'habitude épargnée par les autres processus nécrosants. Dans cet envahissement de la paroi osseuse, l'articulation temporo-maxillaire est souvent atteinte. Il en résulte de l'ankylose et de la douleur qui rendent l'alimentation difficile.

Quand la tumeur se propage vers le pharynx et le cou, plusieurs nerfs sont affectés : le trijumeau, avec fortes névralgies, le pneumogastrique, avec dégluti-

tion pénible, irrégularité de la respiration, troubles de la parole par paralysie du récurrent. La tumeur peut même s'étendre vers la nuque, atteindre l'articulation atlanto-occipitale et produire une raideur douloureuse de la nuque.

Les ganglions lymphatiques peuvent au début ne pas être envahis par le néoplasme, et garder longtemps leur intégrité, surtout si la marche du processus épithéliomateux est lente. C'est cette forme que les chirurgiens anglais avaient bien distinguée et à laquelle ils avaient donné le nom de « rodent ulcer » ou de « Jacob's ulcer » ulcère de Jacob. Mais lorsque la marche de la néoplasie est rapide, les ganglions ne tardent pas à être atteints; ils forment d'abord de petites tumeurs arrondies, mobiles, de consistance ferme, indolentes à la pression; plus tard, ils peuvent devenir plus volumineux, former une véritable masse, gênante et douloureuse. Le tissu conjonctif ambiant est très induré.

Période terminale. — Aux douleurs, qui deviennent de plus en plus vives, s'ajoutent le marasme. Épuisés par l'*insomnie*, les *hémorrhagies répétées*, les malades maigrissent, perdent leurs forces et leur teint prend la couleur jaune paille. Les troubles psychiques de la fin, tels que la faiblesse de la mémoire et l'état comateux, doivent être considérés comme la suite de la cachexie.

La cause de la mort est dans la grande majorité des cas la *cachexie* qui produit graduellement la perte des forces et les malades meurent dans le coma.

La mort par *méningite*, par suite de l'extension du néoplasme, est fréquente.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'épithélioma de l'oreille externe, quand celui-ci est nettement développé, n'offre pas de grosses difficultés.

A. — *Epithélioma du pavillon*. — Les *ulcères tuberculeux* se montrent ordinairement chez les jeunes sujets, ils sont superficiels, sans noyaux d'induration sous-jacents, presque toujours multiples, leur teinte est violacée, et leur apparition coïncide avec d'autres signes de la diathèse scrofuleuse.

Les *ulcérations de la période tertiaire de la syphilis*, conséquence de la suppuration des gommes, seront généralement distinguées par leur marche, le peu d'induration de leurs bords, les antécédents du malade et les manifestations syphilitiques concomitantes, enfin l'action rapidement curative de l'iodure de potassium.

Mais au début du néoplasme, le diagnostic peut être plus délicat.

L'*eczéma aigu* se distinguera par la présence de

petites vésicules qui se rompent en laissant échapper un suintement séreux ou séro-purulent. L'*eczéma chronique* se manifeste souvent en même temps sur d'autres parties du corps, telles que la face, le cuir chevelu. Il cède enfin à un traitement approprié.

Le lupus est généralement plus étendu ; il est serpigineux ; il présente au milieu des parties ulcérées des îlots cicatriciels, et autour de l'ulcération des nodules qui vont devenir le point de départ de nouvelles ulcérations. Parfois une auscultation attentive, les antécédents du malade permettront de déceler des lésions tuberculeuses. En tout cas une inoculation au lapin lèverait tous les doutes.

Rappelons que l'*actinomyose* siège souvent dans la région cervico-faciale et temporo-maxillaire, et qu'à défaut des graines jaunâtres pathognomoniques de cette affection, l'induration, la tuméfaction des parties molles, jointes à la multiplicité d'orifices fistuleux, devront faire penser à la présence de l'*actinomycès*.

Signalons enfin le *fibrome*, la *chéloïde*, l'*othématome* qu'il suffit d'avoir à l'esprit pour ne pas les confondre avec l'épithélioma.

Quant au *sarcome*, il se rencontre en général dans un âge moins avancé, son développement est plus lent ; mais souvent le diagnostic ne pourra être éclairci que par l'examen microscopique.

B. — *Pour le conduit auditif* il faut faire le diagnostic avec un *polype*, ayant pris naissance sur le tympan. Mais ici la coloration est plus rosée, la con-

sistance plus molle, il n'y a pas de fongosités, ni d'écoulement séro-purulent ou purulent. Quand les granulations prennent leur origine sur les parois du conduit auditif externe, et surtout sur la paroi antérieure, il faut toujours soupçonner le cancer, particulièrement quand une bonne audition et la cathétérisation permettent d'exclure une maladie de l'oreille moyenne. Parlent surtout en faveur du cancer, la tendance aux hémorrhagies, même spontanées, l'insertion large du granulome et la rapide réapparition après l'ablation. L'examen microscopique, en tout cas, devra toujours être fait.

Ajoutons enfin que l'*examen des ganglions*, dans bien des cas, pourra nous mettre sur la voie du diagnostic. Ceux-ci, en effet, dans l'*épithélioma*, sont durs, peu volumineux, isolés, mobiles et réguliers. Plus tard, ils forment une masse ligneuse, immobile, adhérente aux tissus voisins et ne suppurant jamais. Bien différente est l'adénopathie du *sarcome* qui garde les caractères de la tumeur principale : volume plus considérable, mollesse, pas d'adhérence et extension rapide ; de la *tuberculose*, qui est formée de ganglions bosselés, présentant à côté de nodosités des points fluctuants, qui suppurent et laissent des cicatrices ; de la *syphilis*, avec son chapelet de petits ganglions qu'on retrouve à la nuque, au pli de l'aîne.

Dans l'*adénite inflammatoire*, on observe des traînées de lymphangite, de la rougeur des téguments, de la tuméfaction et une douleur plus vive. L'évolu-

tion est beaucoup plus rapide, et survient bientôt un adéno-phlegmon, si la cause de l'infection persiste.

PRONOSTIC

Il est une chose fort surprenante dans le cancer de l'oreille externe, c'est qu'il ne produit presque jamais, pour ne pas dire jamais, de métastases. C'est de nature à rassurer un peu le pronostic. Celui-ci n'est pas trop mauvais pour l'épithélioma localisé au pavillon, pourvu que l'opération soit faite à temps et qu'elle soit assez large comme pour les cancers de la face en général. Il est d'autant plus bénin que le néoplasme a une marche plus lente, comme ces épithéliomas à forme tubulée qui, en raison de leur siège primitif dans les couches profondes, s'ulcèrent plus lentement, et, qui, en envahissant les parties superficielles de la peau, peuvent se cicatriser dans leur partie centrale.

L'apparition tardive du cancer, alors que le sujet est dans un âge plus avancé, paraît moins funeste qu'une apparition précoce ; dans ce cas, le développement de la tumeur est très rapide.

Cette rapidité d'évolution, en effet, assombrit énormément le pronostic. Tel est le malade de Duplay,

chez lequel, en quelques mois, l'oreille externe et les parties avoisinantes étaient détruites ; les os étaient à nu et nécrosés, l'articulation temporo-maxillaire ouverte. Tel aussi le cas de Sédillot, où le pavillon de l'oreille fut entièrement détruit, en trois semaines. Il en est de même lorsque l'engorgement des ganglions du territoire est précoce et considérable ; la récurrence est beaucoup plus à craindre.

Mais si l'ablation chirurgicale est faite de bonne heure, si elle est large, si tous les ganglions sont méticuleusement enlevés, la guérison peut être définitive et en tout cas la récurrence ne se montrer que très tard.

Naturellement lorsque le nerf facial est détruit, lorsque le néoplasme non seulement a envahi les régions profondes, mais a atteint les os et l'oreille moyenne, le pronostic devient rapidement fatal et le malade ne saurait nullement profiter d'une intervention d'ailleurs contre-indiquée.

TRAITEMENT

Nous ne ferons que mentionner le traitement par les *cautérisations* diverses. De tous les caustiques, le plus préconisé, est l'acide arsénieux, soit en solu-

tion, soit en pommade (pommade du frère Côme). Czerny et Trunecek emploient une mixture d'acide arsénieux et d'alcool, et leur méthode semble donner des succès, surtout entre leurs mains.

Dans ces derniers temps, les *rayons Rœntgen* nous ont apporté de nouvelles espérances. Plusieurs cas de guérison ont été déjà signalés et nous rapportons celui de Wilson qui est assez probant. Mais sans tenir compte de l'installation coûteuse et du maniement difficile des rayons X, des obstacles à leur action ont été déjà enregistrés.

Ainsi les épithéliomas cornés, formés de tissu kératosique, ne retirent aucun bénéfice de la radiothérapie. Il en est de même des types perlés. Enfin elle échoue complètement lorsque le néoplasme a déjà envahi les ganglions.

Dans l'état actuel de la science, le traitement de choix, c'est l'*intervention chirurgicale*, l'ablation de la tumeur.

D'une manière générale, on opérera tous les épithéliomas de l'oreille, à moins toutefois que la tumeur, non limitée, ait pris une extension trop grande en désorganisant les tissus voisins. Il ne faudrait pas intervenir aussi, si l'infection ganglionnaire était trop prononcée et s'était trop étendue, si le sujet était trop âgé et déjà cachectisé. L'opération doit donc être précoce.

Elle doit être aussi très large et doit enlever avec le néoplasme « tout » le territoire lymphatique. Il n'est pas nécessaire de sentir les ganglions au palper

pour les extraire. M. Mauclaire, dans un travail sur le cancer lingual (*Tribune médicale*, 7 mai 1904), qui n'est pas sans analogie, a très bien mis en lumière, que l'adénopathie, à l'examen du malade, n'était parfois pas considérable et que souvent au cours de l'opération on trouvait des ganglions qui n'avaient pas été sentis au palper. Tous les ganglions atteints ou paraissant normaux doivent être minutieusement enlevés, autant que possible « en bloc », avec la tumeur, sans section intermédiaire, afin de ne pas infecter secondairement la plaie.

On sait combien les résultats éloignés, après les extirpations néoplasiques, sont meilleurs, depuis que l'on enlève, aussi largement que possible et en bloc, et la tumeur et le territoire lymphatique correspondant. Cette méthode d'exérèse a été déjà préconisée et pratiquée pour le sein (Willy-Mayer, Halsted), l'utérus (Wertheim, Riess), le rectum (Gaudier, Quénu), la langue (Kuttner, Poirier, Mauclaire), le larynx (Cunéo), l'estomac (Cunéo), le testicule (Villar), les reins (Grégoire), la lèvre inférieure (Mauclaire), le pénis (Mauclaire), la vulve (Mauclaire), etc.

M. Mauclaire a appliqué, chez son malade, cette méthode d'exérèse à l'épithélioma du pavillon de l'oreille et il a préconisé l'ablation en bloc et du néoplasme et du territoire lymphatique infecté.

Tout d'abord résumons brièvement l'anatomie du *territoire lymphatique normal de l'oreille et du conduit auditif externe*. Ces lymphatiques, d'après Poirier et Cunéo, se répartissent en trois groupes : postérieur, inférieur et antérieur.

1° Le *groupe postérieur* a comme territoire d'origine une partie de la face externe du pavillon (hélix, anthélix et gouttière qui les sépare), la totalité de la face interne et la paroi postérieure du conduit auditif externe. Au nombre de 6 à 12, ils vont se jeter la plupart dans les ganglions mastoïdiens ; quelques-uns gagnent les ganglions placés sous le sterno-mastoïdien ;

2° Le *groupe inférieur* comprend un nombre très variable de troncs émanés du lobule, des parties adjacentes du pavillon et de la paroi inférieure du conduit auditif externe. Certains de ces troncs vont se jeter dans les ganglions placés sur le trajet de la jugulaire externe, à sa sortie de la parotide. D'autres gagnent les ganglions sous-sterno-mastoïdiens.

3° Le *groupe antérieur* est formé par 4 à 6 troncs qui résument la circulation lymphatique de la conque et de la paroi antérieure du conduit. Ces vaisseaux vont se jeter dans les ganglions parotidiens, et plus particulièrement dans le ganglion constant placé immédiatement en avant du tragus.

Nous pouvons maintenant aborder le *manuel opératoire*. Celui-ci doit comprendre les différents temps suivants, selon la technique suivie par M. Maurice.

Premier temps. Cautérisation au thermocautère de la surface du néoplasme pour éviter les greffes par contact au cours de l'opération.

Deuxième temps. Tracé de l'incision de la peau. — Cette incision doit forcément être différente selon

que l'amputation de l'oreille est partielle ou totale ; selon les limites du néoplasme. Mais d'une manière générale, cette incision se fera franchement dans les tissus sains, à un centimètre des parties lésées ; en avant elle comprendra la baie du tragus et les ganglions pré-auriculaires ; en arrière, elle circonscrira les ganglions mastoïdiens ; elle se prolongera, en bas, assez loin, dépassera même l'angle de la mâchoire afin qu'on puisse à l'aise arriver sur la chaîne ganglionnaire de cette région. Ainsi triangulaire, losangique ou d'une autre forme géométrique, l'incision comprendra les ganglions prétragiens et mastoïdiens, et se continuera très longuement en bas dans la région carotidienne.

Nous ferons simplement remarquer ici, qu'en raison des nombreux vaisseaux de la région, le champ opératoire est parfois masqué par une grande quantité de sang. Il suffira de lier l'artère auriculaire postérieure et la temporale superficielle ; rarement on sera obligé de faire la ligature de la carotide externe, comme l'a conseillé M. Morestin.

Troisième temps. Ablation en bloc de la tumeur et des ganglions. — L'incision faite, on circonscrit largement le néoplasme en se tenant toujours dans les parties saines, on sectionne le conduit auditif au delà des points lésés, et on enlève *en bloc* la tumeur et les ganglions. Il faut dans ce temps, comme dans le suivant, éviter de blesser le nerf facial et les gros vaisseaux si possible. Et cependant la lésion du facial sera presque inévitable.

Quatrième temps. Achèvement du curage. Hémostase. — Ce quatrième temps n'est que le complément du deuxième ; il consistera dans le curage, dans l'ablation du tissu cellulaire, et surtout dans l'extraction des ganglions sous-sterno-mastoïdiens, qui auraient pu être laissés dans le temps opératoire précédent. Le muscle relâché par la mise de la tête dans la position convenable, on pourra facilement atteindre et ramener les ganglions avec le tissu cellulaire qui les entoure. Enfin on fera soigneusement l'hémostase.

Cinquième temps. Sutures de la peau. — En procédant à un décollement sous-cutané, on arrive facilement à réunir les deux lèvres de la plaie. Lorsque l'amputation est partielle, l'excision sous-cutanée du fibrocartilage du pavillon est très utile pour donner à celui-ci une forme convenable. S'il reste du conduit auditif, on suture sa marge avec celle de la circonférence de la plaie. S'il est tout enlevé, il suffit de ménager à ce niveau une ouverture et de la combler par une mèche de gaze. Le rétrécissement ultérieur est peu important, et il est facile d'y remédier dans le cas où il se produirait.

Les suites morbides de l'opération sont nulles. La fonction auditive reste à peu près intacte, quand elle n'était pas atteinte antérieurement. La paralysie faciale qu'on observe parfois, après l'opération, peut s'améliorer.

Dans la suite, on laisse pousser les cheveux qui viennent d'eux-mêmes masquer la cicatrice.

Lorsque le rapprochement des lèvres de la plaie est

impossible par suite de l'extension de la tumeur, comme aussi dans un but esthétique, on peut chez l'homme, employer le procédé de Morestin qui consiste à prendre un lambeau au dépens de la peau de la région sterno-mastoïdienne et sus-hyoïdienne latérale. Ce lambeau à pédicule postérieur est ramené, en le faisant pivoter, sur la perte de substance et suturé aux bords de la plaie. Dans la suite les poils de la barbe de cette peau se mélangent aux cheveux et l'assemblage est, paraît-il, des mieux réussis.

Quant aux appareils de prothèse, ils peuvent être employés sans difficultés, « mais la création du chirurgien, disait Buisson, est si loin de celle de la nature qu'il faudrait la cacher sous les cheveux avec plus de soin encore que la cicatrice d'une oreille amputée ».

OBSERVATIONS

Nous avons laissé à dessein de côté les observations qui étaient réunies dans des travaux d'ensemble : elles sont au nombre d'une trentaine, et presque toutes concernent le pavillon de l'oreille. Nous nous sommes contenté d'en rassembler douze, éparses dans les différentes publications médicales, qui nous ont

paru suffisamment complètes, et qui n'ont été relatiées dans aucun des travaux précédents.

Parmi ces douze observations, six se rapportent à l'épithélioma primitif du conduit auditif externe. Nous donnons en premier lieu celle que nous devons à l'obligeance de M. Mauclore, et dont les détails seront un complément à notre dernier chapitre, c'est-à-dire, à la technique opératoire.

OBSERVATION I (inédite).

Epithélioma secondaire de l'oreille. Ablation en bloc de la tumeur et du territoire lymphatique infecté. Récidive au bout de deux mois (Dr Mauclore).

F. B..., âgé de 64 ans, entre, à l'Hôtel-Dieu le 10 août 1904, salle Saint-Landry, n° 25, dans le service de M. le Professeur Le Dentu, remplacé par M. Mauclore, pour un épithélioma secondaire de l'oreille. Ce malade présentait, depuis 15 ans, un petit bouton au niveau de la région pré-auriculaire, à deux ou trois centimètres en avant et en bas du tragus. Ce bouton était indolore; il était souvent écorché par le rasoir et saignait abondamment.

Depuis un an, l'ulcération augmente de dimension et gagne peu à peu l'oreille, le tragus, et contourne le lobule.

Actuellement, l'ulcération a la forme d'un croissant à concavité supérieure, les bords sont indurés; l'ulcération saigne très abondamment et elle a une sécrétion très fétide. En haut et en dedans, l'induration se continue jusque dans le conduit auditif externe. On sent des ganglions sur la mastoïde, en avant du tragus et le long du sterno-mastoïdien.

Malgré l'étendue des lésions, une exérèse est tentée le 22 août suivant la technique anatomique suivante :

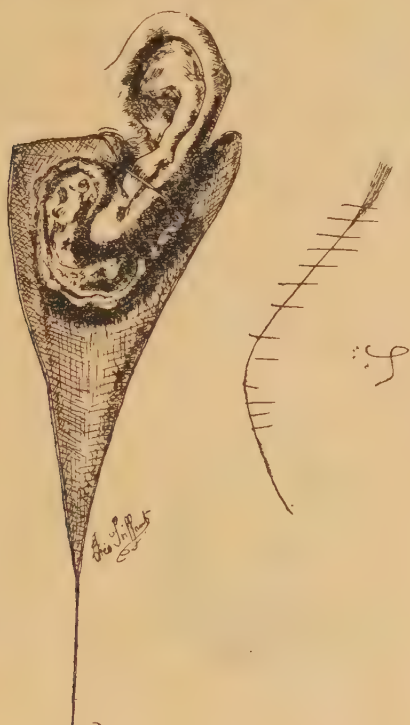


FIG. I.

Tracé de l'excision des tissus ulcérés et du territoire lymphatique infecté (Obs. de M. Mauclaire).

Premier temps. — Nettoyage, puis cautérisation au thermocautère de la surface ulcérée pour éviter les greffes opératoires.

Deuxième temps. — Excision en bloc de la tumeur, du $\frac{1}{4}$ inférieur du pavillon et des parties molles pré mastoïdiennes suivant une surface triangulaire à base supérieure, à sommet inférieur, descendant le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, jusqu'à la hauteur du cricoïde.

Plusieurs ganglions sous-sterno-mastoïdiens sont enlevés dans

cette exérèse, de même que du tissu parotidien. On cherche à ménager le facial.

Troisième temps. — On achève le nettoyage de la région sous-sterno-mastoiidienne, en enlevant du tissu cellulaire jusque devant la jugulaire interne où existaient plusieurs petits ganglions.

Quatrième temps. — Hémostase et suture de la peau suivant une ligne verticale.

Le lendemain la paralysie faciale est constatée. La plaie se réunit à peu près par première intention, sauf dans la région mastoiidienne où les tissus étaient très tendus.

Deux mois après le malade est revu. L'ulcération est reparue



FIG. 2.

Cicatrisation (Obs. de M. Mauclaire).

au niveau du bord antérieur du conduit auditif externe. Le malade a des douleurs auriculaires assez vives.

En somme, malgré une exérèse large, méthodique et anatomique, la récurrence a été assez rapide. Il est vrai, que l'opération a été bien tardive.

Examen histologique. (A. Pettit). — Il s'agit d'un épithélioma. Parmi les ganglions sous-sterno-mastoïdiens enlevés, les uns sont cancéreux, d'autres sont purement inflammatoires.

OBSERVATION II

Krépuska, rapportée dans la *Revue de laryngologie*, 1896, p. 119

Epithélioma primitif du conduit externe. Opération tardive. Mort huit jours après.

La patiente, âgée de 62 ans, souffrait déjà depuis des années, d'un *eczéma chronique* des conduits auditifs externes. Un traitement de plusieurs semaines amena la guérison complète de l'oreille droite, une forte amélioration de l'oreille gauche. Au bout de 4 mois, il se forma des granulations saignantes et purulentes sur la partie cartilagineuse du conduit auditif externe gauche; qui furent reconnues sous le microscope pour un carcinome épithélial typique. Celui-ci s'étendait alors à la partie membraneuse du méat en dedans, et en outre, avec la perforation de la partie inférieure du conduit auditif osseux, à la région intra-maxillaire. Etant donné la localisation et le caractère de la maladie, et l'âge de la patiente, j'ai considéré l'opération comme contre-indiquée. La patiente revint au bout d'un mois et demi; la partie inférieure du pavillon était œdémateuse et cet œdème s'étendait jusqu'à la face antérieure de l'apophyse mastoïde. Excroissances humides, saignantes et pus fétide dans le méat. Pas de glandes tuméfiées.

La patiente, à qui l'opération avait été indiquée comme pressante à la clinique des maladies d'oreilles de Vienne, et qui m'apportait une ordonnance, où l'opération immédiate était jugée nécessaire, me prie de l'opérer, pensant ne pouvoir être délivrée de ses fortes douleurs que par ce moyen.

Malgré mes avertissements réitérés de l'inutilité de l'opération, celle-ci fut exigée et fut faite le 13 février 1894, par M. Herczel. Le pavillon fut détaché en bas et en arrière et les masses carcinomateuses du méat membraneux et osseux furent enlevées. La caisse était complètement envahie et à travers la partie inférieure presque détruite du méat osseux les instruments pouvaient pénétrer jusqu'à la fosse sphéno-maxillaire et jusqu'à la partie postérieure du pharynx.

Les douleurs devinrent un peu moins fortes et la malade mourut 8 jours après l'opération.

Je crois que l'eczéma chronique du conduit auditif externe, sans être la cause exclusive, a joué un rôle déterminant dans la production du carcinome.

OBSERVATION III

Kuhn (de Strasbourg). *In Archiv für Ohrenh.*, vol. XXXIX, fasc. 2 et 3, 1896.

Epithélioma primitif du conduit auditif cartilagineux. Récidive trois mois après l'opération.

Epithélioma chez un homme de 61 ans; huit mois auparavant, il s'était formé un petit nodule dans le conduit auditif cartilagineux, deux ou trois mois après le début d'une *otorrhée purulente*; depuis deux mois, affection du pavillon et des parties situées en arrière. Tout le pavillon est occupé par une tumeur fendillée,

mobile, de la grosseur du poing qui remplit complètement le méat. Ablation de la tumeur avec le pavillon et le conduit auditif cartilagineux et membraneux. Après l'opération, paralysie faciale qui disparaît par la faradisation. Trois mois après, un ulcère carcinomateux se forme dans la perte de substance et va en grandissant. Mort 10 mois après l'opération.

OBSERVATION IV

Du même auteur, *loco citato*.

Epithélioma secondaire du pavillon. Pas de récidive trois mois après l'opération.

Epithélioma qui s'est formé depuis deux ans chez un homme de 58 ans. Au-dessous du pavillon, tumeur irrégulière de plusieurs centimètres de grosseur, et recouverte de pus fétide, qui s'étend sur le lobule et la face postérieure du pavillon. Ablation du tragus et incision profonde des parties affectées de la peau, curettage de la face postérieure du pavillon et de l'apophyse mastoïde. Trois mois après, cicatrice lisse.

OBSERVATION V

Trunececk, rapportée dans la *Revue de laryngologie*,
décembre 1898.

Carcinome primitif du pavillon et du conduit. Traitement par l'arsenic (méthode Czerny et Trunecek).

Le malade, âgé de 45 ans, s'aperçut en 1890, après un *traumatisme* du crâne, survenu à la suite d'un accident de chemin de

fer, que son conduit auditif gauche était le siège, à sa partie antérieure, d'une petite ulcération, qui depuis n'avait cessé de s'étendre et qui occupe actuellement le conduit auditif tout entier. Il y a deux ans, une petite tumeur du volume d'un dé, est survenue au niveau de la ligne d'insertion du pavillon de l'oreille, et au bout de six mois, cette tumeur présentait un diamètre de 6 centimètres. Depuis lors le malade éprouve des maux de tête violents et des hémorrhagies rebelles et abondantes par le conduit auditif. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un carcinome. Le malade refusant l'opération, l'auteur appliqua le traitement préconisé par Czerny et lui, c'est-à-dire l'application d'une mixture d'alcool et d'arsenic. L'état s'est amélioré et la guérison complète est espérée.

OBSERVATION VI

Sugar. *Arch. f. obrenbeilk.* Band XLVI. Heft, 2, 1899.

Epithélioma primitif du pavillon. Opération. Pas de récurrence.

Le malade, âgé de 40 ans, s'aperçut, il y a 3 ans, que son pavillon droit était le siège d'une *petite verrue*. Enlevée, celle-ci se reproduisait aussitôt. Il constata en même temps l'existence de ganglions tuméfiés dans les régions sous-maxillaire et cervicale correspondantes. Actuellement, il éprouve des douleurs continues, intolérables.

La surface supérieure de l'hélix est occupée par une tumeur du volume d'une noix, partagée en deux par un sillon à surface ulcérée; un peu en arrière, un nodule du volume d'une noisette, recouvert de pus; au-dessous de la première tumeur se trouve un autre nodule du volume d'une framboise; la surface postérieure du pavillon est occupée par plusieurs petites excroissances en

choux-fleurs. Au-dessous de l'angle de la mâchoire se trouve une glande du volume d'une noix.

L'opération fut faite ; on enleva le pavillon et le conduit cartilagineux ; ultérieurement, on appliqua un appareil de prothèse.

OBSERVATION VII

Treitel (de Berlin). *Zeits. f. ohrenh*, XXXIII, 2, 1899.

Epithélioma primitif du conduit auditif externe. Opération. Récidive.

Femme âgée de 77 ans, très robuste qui fut soignée en 1891 pour un carcinome de l'oreille. La malade a, depuis 17 ans, une suppuration de l'oreille gauche. Comme troubles, elle n'accuse que de légères douleurs lancinantes dans la moitié gauche de la tête et de rares accès de vertige. Tout le conduit est rempli de granulations d'un rouge grisâtre, de consistance assez dure et saignant facilement. L'apophyse mastoïde est sensible au niveau du sommet, il existe un petit ganglion dur dans l'angle maxillaire inférieur. L'examen microscopique révéla un épithélioma.

Après l'ablation d'une portion de la tumeur, celle-ci reprit bientôt ses anciennes dimensions et, au moment de la publication, l'état de la malade ne se trouverait pas modifié.

OBSERVATION VIII

Morestin. (*In* thèse de Maillard. Paris, 1901).

Epithélioma primitif du pavillon. Pas de récurrence, treize mois après l'opération.

Un homme, de 45 ans, est entré, le 20 octobre 1899, à l'hôpital Saint-Louis, isolement, lit n° 11. Il est porteur d'une volumineuse

tumeur englobant le pavillon de l'oreille gauche, et s'étendant au cuir chevelu ainsi qu'aux téguments qui couvrent l'apophyse mastoïde. De l'oreille, on ne voit plus qu'une toute petite portion du lobule, et il est impossible de déterminer au milieu de cette masse, l'exacte situation du conduit auditif. La tumeur est du volume du poing, elle est irrégulière, bourgeonnante, couverte de détritüs sphacelés et d'une sanie infecte, saignant très facilement. On trouve deux petits ganglions sur le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Il semble que le point de départ a été la face externe du pavillon et probablement la conque. L'état général est excellent,

Le 23 octobre, on pratique l'extirpation de la tumeur, la parotide dut être entamée, le conduit auditif fut coupé au ras du crâne, il été sain à ce niveau, le crâne fut mis à nu sur une hauteur de 7 à 8 centimètres.

La réparation de la brèche fut faite avec un grand lambeau à pédicule postéro-supérieur pris sur le cou et les régions carotidiennes et sus-hyoïdiennes. En fixant le lambeau, nous avons ménagé en avant de lui, l'orifice auditif, dont le trajet a été maintenu par une mèche de gaze. Les deux ganglions altérés furent enlevés. Le ganglion préauriculaire n'était pas engorgé. La plaie créée par la dissection du lambeau put être comblée par le rapprochement de ses bords.

Les suites ont été si heureuses que le malade est sorti guéri le 10 novembre. Treize mois après, la guérison se maintenait parfaite.

Le malade ne sè souciait guère d'un appareil de prothèse pour masquer la difformité résultant de l'absence du pavillon; mais la région est quand même dissimulée naturellement. En effet, la peau transplantée étant empruntée au cuir barbu, les poils peuvent continuer à pousser et se joindre à la chevelure.

OBSERVATION IX

Vaquier (de Tunis). *Archives internationales de laryngologie*,
nov. 1903.

Epithélioma primitif du cond. auditif externe. Curettage. Récidive.

Mme X..., 51 ans, domiciliée à Carcassonne, vient à Toulouse pour la première fois le 2 novembre 1902, se plaignant de « polypes » du conduit auditif externe, ayant reparu malgré l'intervention d'un excellent confrère, qui avait pratiqué, à plusieurs reprises, des curettages et des cautérisations. A l'examen, le conduit est obstrué par des végétations rouges, saignant très facilement au moindre contact. Un ganglion est apparu depuis quelque temps dans la région parotidienne ; l'os sous-jacent est dénudé. L'état général n'est guère satisfaisant. La malade présente une paralysie faciale incomplète.

L'examen histologique nous montra qu'il s'agissait d'un épithélioma du conduit auditif externe.

Le 5 novembre 1902, on curette le conduit et on cautérise à l'acide chromique ; soulagement sensible ; mais la récidive ne tarde pas à être constatée.

Le 10 janvier 1903, la malade est vue de nouveau ; l'état général et local sont stationnaires, Mme X... est tourmentée par des crises fréquentes de violentes douleurs dans les régions temporales et parotidiennes.

Très affectée par les récdives passées, la malade va trouver un autre confrère, espérant de lui une guérison définitive. Voulant tout tenter, elle a, croyons-nous, bien voulu accepter, il y a quelques mois, une intervention large, consistant en un évidement étendu. Nous n'avons pu, malgré notre désir, avoir des nouvelles

de cette infortunée et savoir ce qu'elle est devenue depuis que nous l'avons perdue de vue,

Il nous a paru intéressant de publier ce cas, car l'épithélioma secondaire, à un envahissement du voisinage, est le plus communément observé au conduit auditif externe ; le primitif est rare.

OBSERVATION X

Bezold. *Münch. med. Wochens*, 2 juin 1903.

Epithélioma primitif du pavillon. Pas de récidence un an après l'opération.

Une femme, de 53 ans, vient consulter pour une ulcération de l'oreille. On remarque une tuméfaction ulcérée, rouge et sanguinolente, de la grosseur d'un œuf de pigeon, s'étendant dans cette région de la conque qui est comprise entre le tragus et l'antitragus, allant même un peu au devant du tragus, et en dedans jusqu'au conduit osseux ; l'inspection du tympan est rendue difficile par l'oblitération presque complète du conduit. Le facial est indemne ; les ganglions ne sont pas infiltrés.

La tumeur est circonscrite par une incision large et profonde, dépassant les bords de 1 centimètre à peu près partout, et séparant la conque du pavillon. Dissection du conduit cartilagineux. Deux sutures, en avant et en arrière du pavillon, fixent le lobule et rétrécissent d'autant la plaie ; on fait de même en haut vers la racine de l'hélix. Un grand lambeau de Thiersch est fixé par quatre sutures au pourtour de la plaie, par un de ses bords ; l'autre bord est poussé vers le conduit osseux et appliqué à l'aide

d'un tamponnement serré. Comme il fallait s'y attendre, le conduit se rétrécit considérablement pendant la cicatrisation, mais on arrive, en s'aidant des tiges de laminaire, à conserver un méat suffisamment large. La tumeur a été enlevée il y a un an, et jusqu'à ce jour, il n'y a pas eu traces de récurrence.

OBSERVATION XI

Compareid. *Archivio italiano di otologia. Torino, 1903, I. XIV,*
p. 445.

Epithélioma primitif du conduit auditif. Pas de récurrence, quatre ans après l'opération.

Homme de 46 ans, otite droite dans l'enfance, depuis herpétisme et rhumatisme. Février 1898, suppuration de l'oreille droite, douleurs intolérables ; puis amélioration. 28 octobre, paralysie faciale, douleurs exacerbées. Le 15 novembre, examen : dans le conduit auditif droit, masse polypoïde avec pus sanieux, rose pâle, irrégulière et dure ; troubles de l'audition. Examen histologique : néoformation épithéliomateuse.

Le 26 novembre 1898, opération suivie de cautérisation au chlorure de zinc à 10/100, drainage rétro-auriculaire. 12 janvier 1899 grande amélioration, mais encore paralysie faciale. 29 juin 1901 peu de paralysie et légère surdité. 21 novembre 1902, pas de suppuration, nulle trace de néoplasme, presque plus de paralysie faciale et très légère trace de surdité.

OBSERVATION XII

Wilson, rapportée dans la *Revue de laryngologie*, janvier 1903.

*Epithélioma du conduit auditif, traité par les rayons X. Pas de
récidive, neuf mois après le traitement.*

Malade de 38 ans, vu pour la première fois en mars 1900. Il était à cette époque porteur d'un nodule situé sur la paroi postérieure du conduit auditif droit. On enlève ce nodule qui récidive, et est enlevé une deuxième fois en janvier 1901, puis une troisième fois en avril 1902. Le diagnostic histologique porté par trois anatomo-pathologistes différents était celui d'épithélioma.

Depuis avril 1902 on soumet le malade aux applications de rayons X à raison de deux applications en moyenne par semaine. Il n'y a pas eu la plus légère réaction du côté du tympan ; la tumeur a diminué et disparu depuis deux mois. Pas de récidive, neuf mois après le début du traitement.

CONCLUSIONS

1°. L'épithélioma de l'oreille externe est primitif ou secondaire. D'après les douze observations assez récentes que nous rapportons, il serait aussi fréquent sur le conduit auditif que sur le pavillon ;

2° De toutes les causes qui paraissent jouer un rôle déterminant dans son étiologie, l'eczéma est la plus importante ;

3° Sa généralisation par métastases est excessivement rare. S'il peut rester longtemps stationnaire, il affecte parfois une allure très rapide. Aussi le traitement ne saurait jamais être trop précoce.

4° Ce traitement consiste dans *l'exérèse « en bloc » du néoplasme et de « tout » le territoire lymphatique infecté.*

Vu : le Président de la thèse,

LE DENTU

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ITARD. — Traité des maladies de l'oreille et de l'audition, 2^e édit.
Paris, 1842.
- KRAMER. — Traité des maladies de l'oreille (trad. franç. par
Menière). Paris, 1848.
- Diagnostic et traitement des maladies de l'oreille, 2^e édit.
Berlin, 1849.
- TOYNBEE. — Recherches physiologiques des maladies de l'o-
reille. Londres, 1850.
- TRIQUET. — Maladies des oreilles. Paris, 1857.
- DUPLAY. — Examen des travaux récents sur l'anatomie, la
physiologie et la pathologie de l'oreille, in Archives
générales de médecine, 1863, vol. II, pages 327-576.
- VELPEAU. — Gazette des hôpitaux, n^o 27, 1864.
- DEMARQUAY. — Gazette des hôpitaux, n^o 114, 1869.
- BUISSON. — De l'amputation du pavillon de l'oreille. Montpel-
lier médical, t. XIII, juillet et août 1869.
- SÉDILLOT. — Compte-rendu de l'Académie des Sciences, 25 juil-
let 1869.
- RÖLTSCH. — Traité pratique des maladies de l'oreille (trad. de
Kahn et Levi). Paris, 1870.
- DUPLAY. — Pathologie externe, 1875.
- BONNEFONT. — Traité théorique et pratique des maladies de
l'oreille et des organes de l'audition, 8^e édition, 1875.
- LAFARGUE. — Des tumeurs malignes du pavillon de l'oreille.
Thèse de Paris, 1879.

- URBANTSCHITSCHT. — Traité des maladies de l'oreille (trad. franç. par Calmettes, 1881).
- TREILLET. — De l'épithélioma du pavillon de l'oreille (Thèse de Paris, 1882).
- MIOT et BARATOUX. — Traité théorique et pratique des maladies des oreilles. 1884.
- POLITZER. — Traité des maladies des oreilles (trad. franç. par Joly). 1884.
- KIP. — Epithelioma of. the auricle. Soc. of. anat., 1885.
- ORNE GREEN. — Zeitch. fur ohren., 1885.
- HARTMANN. — Des maladies de l'oreille (trad. fr. par Potiquet), 1890.
- VAYNOR. — Revue de laryngologie, 1891.
- GUERMONPREZ et COCHERIL. — Trois opérations d'épithélioma du pavillon de l'oreille, suivies d'autoplastie. Revue de laryngologie, vol. XII, 1892.
- CHAZARAC. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'oreille. Revue de laryngologie, 1892.
- FERERI. — De l'épithélioma du pavillon de l'oreille. Arch. ital. d'otologia, fasc. II, 1894.
- DUPLAY. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.
- DEUCH. — Epithélioma du pavillon. Archiv. of. otology, vol. XXII.
- KRESTSCHMANN et HABERMANN. — Archiv. fur ohrenheilkunde, vol. XXIII, 1895.
- KRÉPUSKA. — Carcinome primitif du conduit auditif externe Orvosi hetil., Budapest., XXXIX, 326, 1896.
- KUHN. — Carcinome de l'oreille externe. In Arch. fur ohrenh. vol. XXXIX, fas. 2 et 3, 1896.
- TRUNECEK. — Munch. med. Wochens, 28 mai 1898.
- SUGAR. — Arch. f. ohrenh., Band. XLVI, Heft, 2, 1899.

- CASTEX. — Traité des maladies du larynx, du nez et des oreilles, 1899.
- ZERONI. — Sur le carcinome de l'organe auditif. Arch. fur ohrenheilkunde, 48, Band, 3. u 4, Heft., 1900.
- MORESTIN. — Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris, 1901, 111, 47-51.
- MAILLARD. — Epithéliomas étendus de la face. Thèse Paris, 1901.
- WILSON. — Arch. of otology, 25 janvier 1903.
- BEZOLD. — Münch. med. Wochens, 2 juin 1903.
- VAQUIER. — Archives internationales de laryngologie, 11-03.
- MORESTIN. — Presse médicale, novembre 1903.
- MASSON. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du pavillon de l'oreille. Thèse de Paris, 1903.
- COMPAREID. — Archivio italiano di otologia. Turino, 1903, t. XIV.
- CORIAT. — Traitement de l'épithélioma par les rayons X. Thèse de Paris 1904.
- MAUCLAIRE. — Evidement lymphatique bilatéral et néoplasique en bloc pour les épithéliomes du pénis et du clitoris. Tribune médicale, octobre 1903.
- Extirpation en bloc de l'épithéliome labial inférieur et du territoire lymphatique correspondant. Tribune médicale, 23 janvier 1904 et juin 1904.
 - Extension et exérèse de l'infection lymphatique néoplasique dans le cancer lingual. Tribune médicale, 7 mai 1904.